

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 75

LES

OSTÉOMES DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1921

PAR

Paul INFERNET

Né à Toulon (Var), le 2 Décembre 1887

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
de la Thèse.		GRYNFELTT, professeur. SOUBEYRAN, agrégé. ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921

LES
OSTÉOMES DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 75

LES

OSTÉOMES DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1921

R. UNIV.

PAR

Paul INFERNET

Né à Toulon (Var), le 2 Décembre 1887

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs

de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*

GRYNFELTT, professeur.

SOUBEYRAN, agrégé.

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, agrégé.
GRYNFELTT, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Hommage de pieuse et filiale
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR F. CHRISTOPHE

A MADAME F. CHRISTOPHE

*Hommage de respectueuse et filiale
affection.*

A MA MARCELLE BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MADAME ET MONSIEUR FÉLIX AUDEMARD

*Témoignage d'affectueuse et profonde
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

P. INFERNET.

A NOS PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A NOS PROFESSEURS
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de respectueuse reconnaissance.

P. INFERNET.

AVANT-PROPOS

A l'heure d'embrasser la carrière médicale, notre pensée s'envole d'abord vers ce Père bien aimé, qui, avec une bienveillante et tendre sollicitude, guida nos premiers pas dans nos études en nous enseignant les notions fondamentales de Médecine et de Chirurgie. La mort, hélas! le ravit trop tôt à notre affection et ne lui donna pas cette joie suprême qu'il avait tant désirée de nous voir présenter notre thèse dans cette même enceinte où lui-même avait soutenu la sienne. Que notre premier mot de filiale reconnaissance, uni à nos profonds regrets soit pour sa Mémoire vénérée et que de là-haut il nous guide toujours dans le droit sentier du devoir, de l'honneur et de la charité.

A Monsieur Gastinel, médecin en chef de la Marine, et à M. Palasme de Champeaux, médecin principal de la Marine, qui avec une très grande bonté m'enseignèrent, l'un la pratique chirurgicale, l'autre la séméiologie, va ensuite toute notre gratitude et c'est pour nous un devoir bien doux de les assurer aujourd'hui de notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Marseille: en particulier à la mémoire de Messieurs les professeurs Delanglade et Guende, ainsi qu'à Messieurs les professeurs Imbert, Laget, D'Astros, auxquels nous adressons nos plus vifs remerciements.

Que nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier veuillent bien aussi trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude.

Monsieur le docteur Aimes, chef de clinique chirurgicale, nous a conseillé cette étude, qu'il reçoive ici nos sincères remerciements.

Monsieur le professeur Estor nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'hommage de nos respectueux sentiments et de notre profonde reconnaissance.

LES OSTÉOMES DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE

INTRODUCTION

L'histoire des ostéomes du muscle psoas-iliaque est toute récente, et c'est M. Auvray qui, à propos d'un cas personnel très intéressant, a montré l'intérêt qui s'attache à cette question. M. Aimes a présenté à la Société de Chirurgie, deux observations; il nous a conseillé de les étudier, de rechercher les cas actuellement connus et de tracer l'histoire clinique, l'évolution et le traitement de ces ostéomes.

Cette étude n'avait jamais été faite avant que M. Auvray se soit occupé de la question; cela s'explique par la rareté des observations publiées, puisque actuellement on n'en connaît que quinze cas. Parmi ceux-ci six étaient des trouvailles d'autopsie, sept cas ont été opérés.

Le premier cas remonte à 1850, il a été présenté à la Société Anatomique par P. Broca, au nom de Demarquay et c'était une pièce nécropsique.

En 1862, à la même Société, Legros apporta une nouvelle pièce anatomique avec observation et, chose intéressante,

dans ce cas le muscle du côté opposé présentait lui aussi des noyaux osseux disséminés.

Un autre cas est dû à Busch qui a publié la description d'une pièce anatomique recueillie par Langenbeck.

Salmann, en 1893, a observé chez un enfant de 13 ans, un ostéome du psoas nettement consécutif à un traumatisme; il a été opéré par Bergmann.

Une autre pièce anatomique, est due à Ekstein, mais tous ces cas ne sont pas instructifs, parce que les observations cliniques manquent de détails, parce que l'examen anatomique et surtout histologique n'a souvent pas été fait ou manque de précision.

C'est Lejars qui, en 1901, a apporté à la Société de Chirurgie, deux cas opérés par lui et qu'il a rapportés avec quelque détail. En 1904, Lucien Picqué publie un nouveau cas à cette Société.

Citons encore le cas de Sangalli dont il est fait mention dans un travail de Cahier (*Revue de Chirurgie*, 1904); le cas de Ewald où la radiographie révéla des noyaux d'ossification dans plusieurs muscles du bassin.

En 1911, Rocher opère un nouveau cas chez un homme de 29 ans, atteint de mal de Pott dorsal inférieur.

En dernier lieu, M. Auvray étudie longuement un cas qu'il a eu l'occasion d'observer et d'opérer et il attire l'attention sur cette localisation rare et intéressante des ostéomes.

ETIOLOGIE

Il nous paraît intéressant de dire quelques mots sur le mode d'apparition des ostéomes du psoas iliaque, leur origine ne reconnaissant pas toujours une cause identique.

Dans un certain nombre de cas, l'origine traumatique paraît évidente. M. Auvray qui a étudié avec soin son malade, nous indique que celui-ci a glissé et a fait un écart violent de la cuisse. Il en est de même des deux cas de Lejars; chez le premier, une contusion de la hanche avait nécessité un repos au lit d'une durée d'un mois; chez le second, une roue de voiture était passée sur l'aine gauche. Dans le cas de Salmann, un petit garçon vit se développer la tumeur après un traumatisme de la région inguinale.

Voici ce que dit M. Auvray à propos de son malade : « Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il a vu apparaître la tumeur qui s'est développée progressivement en déterminant des troubles fonctionnels croissants. L'hypothèse d'un ostéome, consécutif à la rupture des fibres du muscle psoas iliaque provoqué par un brusque mouvement d'écartement de la cuisse, lequel a fatalement déterminé un mouvement de défense de la part du sujet pour éviter la chute, paraît seule admissible ici. L'adhérence de l'ostéome au squelette et particulièrement au bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe, là où le muscle iliaque sort du bassin, n'est pas en opposition avec cette ma-

nière de voir. Nous savons parfaitement que les ostéomes musculaires sont souvent rattachés à l'os voisin par un pédicule qui répond aux insertions du muscle au squelette; or les anatomistes décrivent un faisceau de fibres du muscle iliaque qui s'insèrent sur le bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe, aux environs de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le processus d'ossification s'est propagé jusqu'aux insertions de ce faisceau musculaire sur le bord antérieur de l'os, d'où l'adhérence de l'ostéome à ce niveau ».

Mais le traumatisme ne se retrouve pas à l'origine de toutes les observations. Rocher se demande (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1911) si, dans son cas, il ne faut pas faire intervenir la tuberculose. Son malade était un pottique. Or, on sait, depuis les travaux de Poncet, Gougerot (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, 1908), que le bacille de Koch est capable de provoquer de la part du tissu conjonctif une réaction pouvant aller jusqu'à la production du tissu osseux.

Mais comme Rocher indique que le mal de Pott provoquait chez son malade, par suite de paraplégie spasmodique des membres inférieurs, de violentes secousses cloniques, M. Auvray pense que des ruptures musculaires ont pu se produire et que la myosite ossifiante a pu ainsi s'installer sans qu'on ait besoin de faire intervenir la notion de tuberculose.

Enfin, d'après la description des pièces anatomiques présentées par plusieurs auteurs, on peut supposer qu'il s'agit d'ossifications nées autour d'une articulation malade.

Les productions osseuses observées dans ces cas ne sont pas uniques, régulières, limitées; elles sont au contraire très irrégulières, diffuses, en forme de stalactites. Les malades qui les portaient, étaient atteints dans le cas de

Deville, d'arthrite chronique de la hanche, dans celui de P. Broca, d'une ostéite purulente.

En faveur de l'origine traumatique des ostéomes du muscle psoas iliaque, M. Aimes a communiqué à la Société de Chirurgie un cas d'hématome intra-musculaire qui lui paraît constituer le premier stade de la formation de l'ostéome; voici cette observation :

OBSERVATION PREMIÈRE

Hématome ancien de la gaine du psoas-iliaque gauche /

(Docteur Aimes)

G. L., 16 ans, a remarqué, depuis plus de six mois, l'existence d'une tumeur au niveau de l'aîne gauche. Il fait remonter le début du développement de cette tumeur après une chute de bicyclette.

La tumeur présente absolument l'aspect d'un abcès froid d'origine vertébrale et le premier médecin qui a examiné l'enfant a posé ce diagnostic, mais une ponction lui a permis de retirer un liquide hématique.

Située exactement en dehors des vaisseaux fémoraux, la poche est allongée verticalement, elle se prolonge nettement dans la fosse iliaque gauche qui présente une voussure très apparente à la simple inspection. L'ensemble de la tumeur mesure 21 centimètres verticalement et 14 centimètres transversalement.

Recouverte d'une peau de coloration normale et mobile, mais tendue, la poche est absolument indolore. A la palpation, elle est nettement limitée, rénitente, elle ne présente ni battément, ni souffle. L'artère fémorale est située tout contre sa face interne, accolée à la tumeur, mais non incluse dans sa masse. Aucun trouble fonctionnel.

Opération le 27 septembre 1917. — Anesthésie générale à l'éther : incision verticale, on tombe sur une poche située en pleine gaine du muscle psoas iliaque, formée d'une paroi conjonctive très résistante, fibreuse et très épaisse en certains points, contenant un mélange de liquide hémattique et de caillots noirâtres.

La poche est enlevée en totalité par une dissection extra-péritonéale minutieuse, parfois difficile. Drainage, guérison rapide. Le malade nous a donné, depuis l'opération, de ses bonnes nouvelles.

M. Auvray, chargé du rapport sur les deux cas présentés, fait suivre cette observation des remarques suivantes :

« M. Aimes nous a envoyé cette dernière observation parce que la poche hémattique en voie d'organisation représente à ses yeux le premier stade de la formation de ces ostéomes. Je ne veux pas rouvrir la discussion engagée à plusieurs reprises déjà devant notre Société sur la pathogénie des ostéomes. Dans le cas rapporté par M. Aimes, quoique l'hématome remontât à plus de six mois, on n'a pas constaté dans les parois de la poche l'existence d'un tissu osseux permettant de dire qu'il y avait ostéome en voie de formation. Toutefois, M. Aimes a raison lorsqu'il insiste sur le rôle que jouent dans le développement des ostéomes, les hématomes siégeant dans les foyers de contusion ou de rupture musculaire. C'est au contact de ce foyer traumatique que se développe le processus de myosite qui aboutit à la production de l'ostéome. Celui-ci n'est pas le résultat d'une transformation du sang épanché, mais le caillot se laisse envahir par les éléments cellulaires voisins proliférés et sert de substratum à l'édification de l'ostéome. C'est ainsi, je pense, qu'il faut comprendre le rôle du caillot dans la production de l'ostéome ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° L'OSTÉOME. — L'étude anatomique des ostéomes du muscle iliaque nous montre qu'il peut s'agir de plusieurs variétés de tumeurs. Les unes sont limitées à une partie du muscle, d'autres peuvent s'étendre à presque toute l'étendue du muscle, d'autres enfin se présentent sous l'aspect de masses osseuses disséminées soit en noyaux, soit en stalactites irréguliers.

a) *Formes limitées.* — L'observation du docteur Aimes en est un exemple typique :

OBSERVATION II

Ostéome iliaque (Dr Aimes)

V. C..., soldat au 28^e régiment territorial, entre à l'Hôpital n° 3 à Langres, le 23 novembre 1917, pour tumeur de l'aîne gauche. Cette tumeur s'est développée lentement, sans douleurs; elle n'inquiète le malade que par ses dimensions et par sa consistance très dure. On ne peut pas préciser à quel moment s'est fait le début et le sujet ne peut indiquer s'il y a eu traumatisme.

A l'examen, on trouve, à la partie supéro-externe de la base du triangle de Scarpa, une tumeur faisant une forte

saillie sous les téguments; elle mesure 10 centimètres verticalement et 5 centimètres transversalement. Sa consistance est dure, osseuse, les téguments ne sont nullement modifiés à sa surface, ils sont mobiles sur la tumeur, mais par contre celle-ci est fixée dans la profondeur; elle paraît être rattachée à l'os iliaque au niveau de l'épine antéro-inférieure.

Le malade est envoyé à la radiographie (docteur Haden-gue); il revient avec la note suivante: « Le soldat V. G... présente une tumeur ossifiée qui a toutes les apparences d'un ostéome traumatique ».

Le cliché qui nous est adressé permet de se rendre compte de la situation, de la forme et des dimensions exactes de la tumeur.

Opération le 29 novembre 1917 sous anesthésie générale à l'éther. Incision verticale sur la tumeur, on tombe sur une masse osseuse, solidement implantée sur l'os iliaque, entourée de fibres du muscle iliaque; elle est libérée et enlevée au ciseau et au maillet. Elle affecte une forme allongée de plus de 7 centimètres de longueur, large de 3 centimètres; elle est aplatie transversalement, mesurant plus de 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Un pédicule légèrement plus étroit la rattachait à l'os iliaque. Suture immédiate, réunion *per primam*.

On voit que, dans cette observation, l'ostéome reste localisé à une petite portion du muscle puisque la tumeur occupait seulement la partie supéro-externe de la base du triangle de Scarpa. Ce siège est d'ailleurs le lieu d'élection de ces ostéomes: ostéomes précocaux d'Auvray.

b) Les formes étendues sont plus rares; dans le cas de M. Auvray, la tumeur avait envahi la totalité du muscle. On comprend la gravité des symptômes observés dans une pareille lésion et les difficultés de l'opération. Mais ces cas

sont exceptionnels et cette observation est très intéressante par sa rareté et par l'exactitude des détails qu'elle contient.

OBSERVATION III

Ostéonie traumatique du muscle iliaque

(Résumée)

(M. Auray, *Gazette des Hôpitaux*, 5 octobre 1920)

Première partie de l'Observation

B. E..., 29 ans, entra dans son service de Broussais, le 25 juin 1913, adressé par le docteur Hugon pour des troubles de la station debout et de la marche dus à un défaut d'extension du membre inférieur gauche. Le 29 juillet 1911, d'après le blessé, en portant un lourd fardeau, sa jambe gauche glissa sur le bord d'un trottoir; tandis que sa jambe droite restait calée, la gauche était portée en abduction forcée, mouvement qui s'accompagna d'une violente douleur.

Après l'accident, le malade put continuer son travail, mais au bout de quelques jours, les douleurs augmentèrent de plus en plus, toujours localisées au niveau du pli de l'aîne et se produisant à n'importe quel moment de la journée. A cause de cette douleur, il ne pouvait plus aussi étendre la jambe sur le bassin et un jour, en palpant le pli de l'aîne, il constata l'existence d'une tuméfaction développée au niveau de la racine de la cuisse, aux confins de l'adbomen. Au bout de plusieurs mois, la douleur et la tuméfaction persistant toujours, le malade se fit hospitaliser à Cochin, en mai 1912 et y resta un mois. Aucun renseignement ne peut être donné sur ce qui fut dit à Cochin, mais il n'y eut aucune intervention.

Dans le service de M. Auvray, on constata des troubles fonctionnels très marqués dans le membre inférieur gauche. Debout, le malade a la jambe fléchie sur la cuisse, la cuisse fléchie sur le bassin et n'appuie sur le sol que par l'extrémité du pied. En marchant, il a la jambe fléchie et se plie en avant; en se redressant il ressent de violentes douleurs dans la région lombaire. Etant couché à plat sur le dos, il lui est impossible d'étendre complètement la jambe et s'il l'allonge et la met à plat, on constate une ensellure lombaire et à ce moment il souffre dans les reins, la fesse et le genou.

Autour de la hanche, en avant et en arrière, on voit des traces de pointes de feu et de vésicatoires.

À la palpation, on perçoit en dehors de l'éminence iliopectinée, une saillie dure, d'une consistance osseuse, de la grosseur d'une petite pomme, paraissant déjeter le muscle en dedans et fixée par sa base sur le bord antérieur de l'os iliaque. Cette saillie n'est pas douloureuse à la pression. Entre elle et le psoas situé à sa partie antéro-interne semble exister une bourse séreuse.

En déprimant la paroi abdominale, dans la fosse iliaque gauche, il semble qu'on sent profondément une traînée osseuse qui, naissant au-dessus de la saillie osseuse, remonte dans le muscle iliaque vers ses insertions supérieures, mais paraît cependant séparée de la première saillie par une dépression.

L'articulation de la hanche est normale, les mouvements sont libres, il n'y a pas de craquement. Seule l'extension est gênée aussi bien dans les mouvements provoqués que dans les mouvements spontanés et l'obstacle semble dû à cette tuméfaction.

Le diagnostic le plus vraisemblable paraît à M. Auvray

être celui d'ostéome développé dans le muscle iliaque et adhérent au bord antérieur de l'os iliaque.

Première opération. — Le blessé accepte l'intervention opératoire pour lui enlever la tumeur osseuse; elle eut lieu le 27 juin 1912. Une longue incision fut menée parallèlement à l'arcade crurale, en dedans des vaisseaux fémoraux jusqu'au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure pour suivre la crête iliaque jusqu'à sa partie moyenne.

L'incision intéressait la peau, les plans sous-cutanés, l'aponévrose du grand oblique très près de l'arcade et les muscles de la paroi qui furent sectionnés à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette incision demeurait en dehors du péritoine, et grâce à son décollement progressif elle devait donner accès jusque sur la partie la plus reculée de la fosse iliaque. Ce fut fait sans grande difficulté; la main recouverte d'une compresse refoula le péritoine sans l'ouvrir, jusqu'au niveau des vaisseaux iliaques et à la partie profonde de la fosse iliaque, ainsi sur toute son étendue la tumeur osseuse fut mise à découvert. La saillie osseuse située au-dessous de l'arcade crurale fut d'abord attaquée; elle était de forme arrondie et entourée par des fibres du muscle iliaque. Elle fut libérée de toutes les parties molles qui l'entouraient et on reconnut qu'elle était implantée sur le bord antérieur de l'os coxal par un large pédicule.

Au maillet et au ciseau, la section de ce pédicule eut lieu, le nerf crural et les vaisseaux fémoraux ayant été réclinés en dedans.

Au-dessus et en arrière de cette première saillie osseuse et séparée d'elle par une dépression, existait une deuxième tumeur osseuse dont M. Auvray put explorer avec l'œil et le doigt le contour en faisant récliner le péritoine et la masse intestinale à l'aide d'un large écarteur. Cette néo-

formation osseuse était dirigée dans le sens des fibres du muscle iliaque auxquelles elle s'était substituée et s'insérait par un pédicule assez étroit en haut et en arrière sur la crête iliaque près de l'épine postéro-supérieure. Elle s'élargissait en s'éloignant de son point d'implantation et s'étalait; sa face profonde était nettement séparée de la face interne de l'os par un espace libre. Cette deuxième portion de l'ostéome fut séparée des parties molles par une dissection assez difficile surtout au niveau de sa face inférieure et de son bord interne à cause des vaisseaux iliaques et du nerf crural. Ensuite à l'aide des ciseaux et du maillet le pédicule fut sectionné facilement. La tumeur osseuse occupait nettement le muscle iliaque, auquel elle s'était substituée dans la plus grande partie de son étendue; ce qui restait du muscle, après l'enlèvement de l'ostéome était peu de chose au niveau de la fosse iliaque, mais la portion située au-dessous de l'arcade crurale et adjacente au psoas était restée indemne. Deux drains furent laissés dans la plaie, qui sortaient par chacune de ses extrémités, la paroi fut reconstituée plan par plan, ainsi que l'arcade. La peau fut suturée au crin de Florence.

Suites opératoires. — Le malade fut agité dans la nuit, le lendemain, l'agitation avait disparu. Une certaine quantité de sang et de sérosité s'étant épanchée dans la profondeur, on en pratiqua l'aspiration.

Au bout de quelques jours, il y eut des signes d'infection et il s'était fait un hématome profond. On débrida les plans superficiels et profonds et la cicatrisation se fit par seconde intention. Le 3 août, le malade sortait de l'hôpital, n'ayant qu'une plaie superficielle, large de 1 centimètre. Il marchait et de jour en jour il constatait une amélioration. Après sa sortie, suivi pendant quelques temps on voit que la marche est possible, même lorsqu'il

se tient droit; il étend parfaitement la jambe et ne boite presque plus. Couché sur une table, il étend bien son membre inférieur sans qu'il se produise une ensellure lombaire. La flexion et l'abduction sont identiques à celles du membre sain. L'état général est parfait.

Examen histologique. — Il fut pratiqué par le docteur Roussy.

Les fragments prélevés pour cet examen avaient été inclus en celloidine après décalcification.

Sur les préparations histologiques on se trouve en présence d'un ostéome musculaire. Le muscle présente un degré de sclérose très marquée avec réactions inflammatoires et même dégénératives des fibres musculaires. En de nombreux points existent des lames de tissu osseux formées soit de tissu osseux adulte, soit de tissu ostéoïde.

Entre les travées osseuses existe un tissu fibrillaire correspondant à la moelle osseuse. Enfin en deux ou trois points, on voit du tissu cartilagineux, qui progressivement se transforme en tissu osseux. On saisit ainsi sur le vif le processus de la métaplasie osseuse au sein d'un muscle chroniquement enflammé et passant par des stades de tissu cartilagineux, de tissu ostéoïde pour arriver en fin de compte au tissu osseux adulte. La présence du cartilage semble autoriser, dans ce cas tout au moins, à éliminer le rôle joué par le périoste dans la transformation de l'ostéome, puisque le périoste, on le sait, édifie de l'os directement sans passage par le stade cartilagineux.

Deuxième partie de l'Observation

En mars 1913, c'est-à-dire neuf mois après l'opération, le docteur Hugon envoyait à M. Auvray les nouvelles suivantes: le malade se tient droit, marche bien quoique boi-

tant légèrement, surtout après une marche prolongée. Il ne peut courir, car il ressentirait des douleurs et sa jambe manque de force. La station debout prolongée est douloureuse et les douleurs sont spontanées ou provoquées; elles siègent à la racine de la cuisse, au pli de l'aîne; elles ne sont pas très violentes, car ce sont plutôt des élancements se propageant dans la cuisse. Spontanément elles sont rares, mais surtout provoquées par les mouvements de la cuisse, en particulier par l'extension. La cicatrice est en bon état; dans la fosse iliaque on ne sent rien et on ne provoque aucune douleur. Mais dans le pli de l'aîne on sent une petite masse arrondie, dure, semblant tenir à l'os sous-jacent, douloureuse à la pression et étant toujours le point de départ de douleurs quand on étend la cuisse sur le bassin.

Ce n'était donc pas la guérison complète. Le 14 mai 1913, le malade rentre de nouveau dans le service de M. Auvray. Il raconte qu'à sa sortie de l'hôpital, il n'avait éprouvé aucune gêne fonctionnelle. Mais après trois semaines, les mouvements de la hanche devenaient difficiles. Cet état s'accentuait, les douleurs réapparaissaient.

Il se plaint d'une douleur assez vive au pli de l'aîne lorsqu'il se baisse ou se relève. Il peut faire des marches de deux à trois heures, mais ensuite il éprouve de la courbature des deux côtés de la région lombaire. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, l'extension est impossible.

Si on cherche à la fléchir sur le bassin, au delà d'une certaine limite on ne peut plus; c'est le bassin qui se déplace et suit le mouvement. On sent en avant de la hanche un obstacle qui empêche ce mouvement. La hanche n'est pas ankylosée; elle est gênée seulement par quelque chose en avant d'elle. L'abduction est possible, l'amplitude est moitié moindre. Dans les mouvements forcés, il existe une douleur vive à la partie externe du triangle de Scarpa.

La marche est possible, grâce à une ensellure lombaire. La hanche du côté malade s'abaisse de 1 ou 2 centimètres au moment de l'appui.

A la vue, on constate une tuméfaction arrondie au-dessous de l'arcade de Fallope, dans la partie externe du triangle de Scarpa. Au palper elle est dure, de consistance osseuse; indépendante des téguments, verticalement allongée, convexe en avant; ses bords latéraux et son pôle inférieur se perdent dans les masses musculaires, son pôle supérieur paraît se continuer avec le bord antérieur de l'os iliaque; en tout cas la tumeur ne peut être mobilisée sur les plans profonds. C'est un gros ostéome du volume d'un œuf de poule. La tumeur ne provoque aucun mouvement de la circulation, aucun trouble nerveux. Elle gêne seulement les mouvements de la hanche, à la façon d'une attelle. Il y a dû avoir continuation du processus d'ossification et transformation osseuse de la portion du muscle iliaque laissée dans la première opération, c'est-à-dire la portion s'étendant de l'arcade crurale au petit trochanter.

Rien n'est décelé à la palpation dans la fosse iliaque.

La motilité des muscles de la cuisse est conservée, il y a un peu d'atrophie seulement (1 centimètre et demi de différence avec le côté sain).

Deuxième opération. — Une deuxième intervention est acceptée; elle a lieu le 16 mai. On fit une incision parallèle aux vaisseaux fémoraux, très en dehors d'eux, dans la partie externe du triangle de Scarpa, commençant en haut au-dessous de l'arcade. Le bord interne du couturier est mis à nu, libéré et récliné en dehors. En dedans, le nerf crural accolé à la portion inférieure du psoas est libéré à l'aide de la sonde cannelée et protégé par un écarteur jusqu'à la fin de l'opération.

Entre le couturier et le nerf crural on voyait un fais-

ceau de fibres charnues rouges qui était l'extrémité inférieure du psoas.

En dehors de ce faisceau, on sentait la masse osseuse ayant un aspect fusiforme, accolée au bord externe du psoas et recouverte de quelques fibres musculaires pâles, dégénérées, reliquat du muscle iliaque. Le fuseau osseux se prolongeait vers l'insertion inférieure du muscle iliaque au petit trochanter. L'os s'était formé aux dépens de la partie du muscle laissée au cours de la première opération. Par sa partie supérieure, l'ostéome était adhérent au bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe en dehors de l'éminence ilio-pectinée.

Au-dessus de ce point d'insertion, l'ostéome passait en avant de l'articulation de la hanche, devant laquelle il formait attelle; mais là comme sur tout le reste de son étendue, il était libre, entouré de fibres musculaires pâles; il se prolongeait très bas et en dedans vers le petit trochanter. En dehors de lui se voyaient les fibres du droit antérieur de la cuisse.

La dissection de l'ostéome fut faite au bistouri et dans la profondeur près des vaisseaux, avec la rugine et des instruments mousses.

D'un coup de ciseau, le pédicule fut sectionné et la masse osseuse dégagée par un léger mouvement de torsion. L'ostéome était formé d'un tissu osseux très dur. Après son enlèvement la flexion complète de la cuisse devint possible, ce qui prouve bien qu'il en était seul cause. La plaie fut fermée par plusieurs plans successifs et un drain placé à l'angle inférieur.

Suites opératoires. — Le malade fut couché à plat sur un matelas au-dessous duquel fut placée une planche, et pour assurer le maintien de l'extension du membre inférieur sur le bassin, il fut maintenu à plat à l'aide de deux

sangles, l'une assurant la fixité du bassin, l'autre celle de la cuisse. Le drain fut enlevé le deuxième jour; la cicatrisation se fit par première intention.

Avant sa sortie, le malade fut soumis au massage des muscles de la cuisse et aux mouvements progressivement croissants de la hanche.

Lorsqu'il sortit le 10 juin, les mouvements étaient presque complètement libres. Le mouvement de flexion n'était pas aussi complet que celui du côté sain, celui d'extension se faisait avec moins de force qu'à droite, mais cependant il y avait amélioration notable.

Il existait une bande d'anesthésie de 10 à 12 centimètres de large siégeant dans les deux tiers inférieurs de la face antérieure de la cuisse. Elle était due certainement à la section de quelques filets nerveux.

Résultat éloigné observé sept ans après. — Le malade examiné le 24 janvier 1920 présentait de nouveau dans le triangle de Scarpa, une masse osseuse partant du bord antérieur de l'os iliaque et descendant jusqu'à l'insertion du psoas, remplissant le triangle. L'ostéome s'est reproduit là où était la tumeur enlevée dans la seconde opération.

A la palpation de la fosse iliaque, on sent une induration au-dessus de l'arcade, mais la partie supérieure paraît absolument libre. L'état des mouvements de la hanche est le suivant: l'extension complète du membre inférieur gauche est possible, à peine persiste-t-il une légère ensellure. Le mouvement de flexion spontanée est très limité; à un moment donné c'est le bassin qui est entraîné; celui d'abduction existe, mais n'a pas toute son étendue. Le malade étant couché sur le dos, si on immobilise en appuyant sur leur face antérieure les deux membres inférieurs et qu'on l'invite à se redresser, le mouvement de

redressement du tronc se fait très bien. Il existe un peu d'atrophie à la cuisse et au mollet. La marche est normale sans inclinaison du tronc en avant. Debout, dans la position verticale, le blessé peut projeter son pied gauche à 86 centimètres en avant et à 67 centimètres en arrière du pied droit. Le blessé insiste sur le fait qu'il a gagné à l'opération d'avoir le tronc et le membre inférieur dans la rectitude d'où marche possible dans des conditions normales. Actuellement il est livreur et traîne une petite voiture chargée parfois de 200 à 300 kilos dans tous les coins de Paris.

En somme, l'amélioration est appréciable. Quant à la tumeur osseuse apparue dans le triangle de Scarpa, elle a dû se produire aux dépens de quelques faisceaux musculaires laissés dans le courant de l'opération, ou bien on peut incriminer le sujet qui a une tendance personnelle à faire du tissu osseux. Mais le résultat fonctionnel obtenu est assez satisfaisant pour qu'on ne se croit pas obligé de proposer une nouvelle opération.

c) Enfin les ostéomes peuvent se présenter sous la forme de noyaux osseux disséminés ou de masses irrégulières.

Dans un cas de Legros, il y avait des productions osseuses dans les deux muscles psoas iliaques; à droite le psoas était partiellement transformé en tissu osseux, quelques fibres musculaires seules persistaient entre les lamelles osseuses. A gauche, on ne trouvait que quelques noyaux osseux disséminés dans l'épaisseur du muscle.

Dans l'observation de Salmann l'opération montra dans le psoas iliaque des noyaux d'ossification de grosseur variable, depuis un pois jusqu'à une noix.

Ces noyaux ont pu, comme chez le malade d'Ewald se disséminer en grand nombre dans plusieurs muscles du bassin: iliaque, carré crural, obturateur externe.

Lorsque l'ostéome complice une arthrite ou une ostéite de voisinage, son aspect change et l'on note, comme dans le cas de Demarquay, des stalactites osseuses volumineuses, des productions osseuses irrégulières.

2° CONNEXIONS DE L'OSTÉOME. — Au point de vue des rapports de l'ostéome avec le squelette voisin, on doit distinguer deux variétés de tumeurs, les ostéomes libres et les ostéomes adhérents.

Les ostéomes libres sont situés en plein muscle, mais ils sont parfois appliqués intimement à la surface du squelette (Lejars).

Les ostéomes adhérents sont implantés sur l'os iliaque par un pédicule plus ou moins large.

Dans l'observation II, l'implantation se fait sur le bord antérieur de l'os coxal, c'est là le siège de choix de ces formations puisque, en plus de ce cas, nous retrouvons la même disposition dans les deux cas de Lejars, dans le cas de Rocher, dans le cas de Picqué; c'est ce que M. Auvray appelle les ostéomes précoxaux.

Le pédicule peut s'insérer dans la fosse iliaque ou à la fois sur le bord antérieur de l'os et dans la fosse iliaque (cas Auvray).

Il peut exceptionnellement s'implanter sur le petit trochanter (cas de Busch).

La radiographie peut indiquer parfois ces connexions qui doivent être recherchées avec soin; car leur connaissance exacte facilite beaucoup les manœuvres opératoires. Mais l'examen radiographique n'est vraiment utile que dans les tumeurs relativement superficielles.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

La notion du siège précoxal habituel nous indique les caractères cliniques les plus ordinairement observés.

On trouve une tumeur dure, de consistance osseuse, dans la partie externe de la base du triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux et du nerf crural. Cette tumeur dure est le plus souvent fixée, puisqu'elle est presque toujours adhérente à l'os iliaque; Rocher cependant pouvait la mobiliser dans la flexion de la cuisse; il se produisait alors des frottements osseux profonds.

La tumeur est recouverte d'une couche plus ou moins épaisse de tissu musculaire et des téguments présentant leur mobilité et leur coloration normale. Elle s'étend plus ou moins vers en haut, plus rarement vers le petit trochanter; en général, elle se prolonge vers la fosse iliaque interne ou vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'examen clinique facile dans ces tumeurs précoxales, est plus délicat dans les tumeurs iliaques plus profondes. Il faut, dans ces cas, déprimer avec la main les parties molles de la fosse iliaque interne après avoir placé les membres inférieurs en flexion pour relâcher les muscles abdominaux et le psoas.

La radiographie donne dans les cas favorables les contours de l'ostéome, mais souvent celui-ci se confond avec l'opacité de l'os iliaque. Les troubles fonctionnels sont

constituée surtout par la douleur, mais celle-ci n'existe pas toujours, elle faisait défaut par exemple dans l'observation II. Lorsqu'on rencontre ces douleurs, elles peuvent être assez vives; elles siègent au niveau de l'aîne et irradient vers les parties voisines.

Dans l'observation III, les douleurs avaient leur maximum au niveau de l'arcade crurale; dans les essais de mobilisation du membre inférieur, elles irradiaient dans les reins, la fesse, le genou.

Dans un cas de Lejars, la douleur de l'aîne d'abord peu marquée, s'était accentuée; peu importante au repos, elle prenait une acuité remarquable dans la station debout et empêchait la marche et le travail. Ici encore on notait des irradiations, des crampes dans le membre inférieur.

On comprend que l'existence d'une masse osseuse en avant de l'articulation coxo-fémorale n'est pas sans s'accompagner d'une gêne des mouvements de cette jointure, gêne en rapport avec le volume et les connexions de la tumeur.

Lorsqu'elle est très étendue, comme dans l'observation III, cette masse osseuse forme une véritable attelle qui bloque l'articulation en avant, en empêche ainsi la flexion. Mais le sujet n'est pas toujours en extension, car par suite du processus de myosite ossifiante, il se produit un certain degré de rétraction dans le muscle, il en résulte (observation III) que la cuisse se maintient toujours en position de demi-flexion, ce qui gêne considérablement la marche qui ne peut plus se faire que sur la pointe du pied placé en équinisme.

L'articulation est donc plus ou moins bloquée par l'obstacle osseux antérieur, mais elle n'est pas elle-même ankylosée.

Le diagnostic n'est facile que lorsque la tumeur est pré-

coxale, apparente comme dans l'observation II. Et même dans ce cas, il doit être fait avec toutes les tumeurs dures, de consistance osseuse, comme le sarcome.

Le diagnostic est facilité encore dans les ostéomes inférieurs par l'examen radiographique qui en montre nettement les contours.

Dans les tumeurs de la fosse iliaque interne, le diagnostic est parfois très difficile, surtout parce que l'on se trouve en présence de tumeurs très rares. On sent dans la profondeur une masse dure et on doit faire le diagnostic avec toutes les tumeurs de la fosse iliaque, si fréquentes à droite, avec les abcès froids à la période de crudité, les adénites iliaques, avec les tumeurs des os du bassin : sarcomes, etc.

C'est par l'examen attentif du siège et des connexions de la tumeur, par l'étude des antécédents (notion d'un traumatisme), par l'examen radiographique (difficile ici), que se fera ce diagnostic délicat.

TRAITEMENT

Comme pour tous les ostéomes le traitement chirurgical est indiqué seulement lorsqu'il y a des douleurs ou des troubles fonctionnels. Or, ceux-ci sont fréquents dans les ostéomes du muscle psoas iliaque; nous avons signalé les douleurs très vives éprouvées par certains sujets et les troubles fonctionnels sérieux causés par cette masse osseuse située en avant de l'articulation coxo-fémorale.

Une notion très importante est à mettre en valeur avant de parler du traitement opératoire: on sait que les ostéomes subissent dans une première période un accroissement continu, dans une deuxième une régression parfois très limitée, parfois cependant importante. La discussion à la Société de Chirurgie qui a suivi le rapport de M. Arrouy a permis à un certain nombre d'orateurs d'apporter des faits intéressants de régression d'ostéomes: Arrouy, Chevrier, Maucclair. A propos de la nécessité d'attendre la maturité des ostéomes, Chevrier a proposé avec Bonniot (Société de Chirurgie, 17 octobre 1917) d'activer ce vieillissement par les rayons X; or il s'est aperçu que sous l'influence de la radiothérapie les ostéomes ne vieillissaient pas, mais se résorbaient.

Il y a donc intérêt à attendre, avant de prendre le bistouri cela pourra rendre l'intervention plus facile puisqu'on opérera sur une tumeur bien limitée et cela évitera

les récidives. Si en effet, on opère trop tôt on enlève l'ostéome, mais on laisse une partie du muscle en voie d'organisation, celle-ci se poursuit ultérieurement et on est obligé d'intervenir une deuxième fois (observation III).

L'opération se présente dans deux conditions différentes, suivant qu'on a affaire à un ostéome précoxal ou à un ostéome de la fosse iliaque interne.

Dans le premier cas, l'opération est relativement facile. L'incision se fait au niveau de la partie externe du triangle de Scarpa, parallèlement à la direction des vaisseaux et en dehors d'eux.

Dans le deuxième cas, l'opération peut être très laborieuse, surtout si l'ostéome possède un pédicule osseux profond ou postérieur. Il faut alors, suivant la technique décrite par M. Anvray, faire une longue incision parallèle à la crête iliaque, poursuivie très loin en arrière, décoller le péritoine. Après une dissection soignée de l'ostéome et de son pédicule, on doit l'extirper à ciel ouvert. « Le décollement du péritoine de la fosse iliaque est facilement réalisé; la main recouverte d'une compresse décolle et refoule progressivement en dedans la séreuse; en s'aidant d'une large valve pour écarter péritoine et intestin et d'une inclinaison latérale de la table d'opération qui éloigne la masse intestinale du champ opératoire, on obtient un jour suffisant pour mener à bien l'opération, quelque difficile qu'elle soit ».

M. Lejars devant le volume de l'ostéome, ne pouvant arriver à le contourner en totalité, l'a enlevé par morcellement; cette technique est très légitime.

Par contre, il est dangereux de pratiquer, comme le fit Rocher, une extirpation intracapsulaire de la tumeur. Il faut enlever non seulement l'ostéome, mais aussi tous les tissus fibreux qui l'entourent si l'on veut éviter les récidives.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — M. Auvray a pu revoir un opéré sept ans après l'extirpation totale du muscle psoas iliaque. A l'heure actuelle, il persiste une limitation de tous les mouvements de la hanche, surtout du mouvement de flexion. Mais le sujet ne souffre plus, alors qu'autrefois, il ressentait des douleurs assez aiguës. La marche est normale et se fait sans inclinaison du tronc en avant. Le blessé insiste sur ce fait qu'il a gagné à l'opération la possibilité d'avoir le tronc et le membre inférieur dans la rectitude, ce qui rend la marche possible dans des conditions normales. Or, le malade, avant l'opération, conservait la cuisse fléchie sur le bassin, l'extension était impossible et la marche se faisait sur l'extrémité du pied, en équinisme. L'opéré exerce le métier de livreur et traîne à travers Paris une petite voiture chargée de plusieurs centaines de kilos.

CONCLUSIONS

I. — Les ostéomes du muscle psoas iliaque sont rares; on n'en connaît actuellement qu'une quinzaine de cas.

II. — Les ostéomes sont, dans un certain nombre de cas, d'origine traumatique; parfois ce sont des ossifications d'origine ostéo-articulaires; peut-être la tuberculose peut-elle intervenir dans certains cas.

III. — Les ostéomes iliaques se présentent sous trois formes anatomiques: *a*) ostéomes limites, localisés à une partie du muscle seulement; *b*) ostéomes étendus à la totalité du muscle; *c*) ossifications irrégulières.

Les connexions de la tumeur sont variables, les unes sont indépendantes du squelette, d'autres sont rattachées par un pédicule à l'os iliaque ou plus rarement au petit trochanter.

IV. — En clinique, on observe deux variétés: 1° les ostéomes précoxaux: tumeur osseuse occupant la partie externe du triangle de Scarpa; 2° les ostéomes profonds de la fosse iliaque interne.

Ces tumeurs s'accompagnent parfois de douleurs; ils peuvent gêner les mouvements de l'articulation coxo-fémorale en jouant le rôle d'une attelle antérieure s'opposant à la flexion.

V. — Le traitement consiste à attendre que l'ostéome ait terminé son évolution pour lui laisser le temps de se développer en totalité ou de régresser. S'il occasionne des troubles fonctionnels il sera extirpé par une opération chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — *Société de Chirurgie*, 24 novembre 1920.
AUVRAY. — *Gazette des Hôpitaux*, 5 oct. 1920, et *Soc. de Chir.*, 24 nov. 1920.
BORCHARD. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, vol. 68.
CAHIER. — *Revue de Chirurgie*, 1904.
CHABROL. — *Thèse de Paris*, 1912.
DEMARQUAY. — *Société Anatomique*, 1850.
DEVILLE. — *Société Anatomique*, 1850.
EKSTEIN. — *Virchow Archiv.*, Bd 51.
EWALD. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1910.
LEGROS. — *Société Anatomique*, 1862.
LEJARS. — *Société de chirurgie*, 1901.
PICQUÉ. — *Société de Chirurgie*, 1904.
ROCHER. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1911.
ROTHSCHILD. — *Brun's Beit. f. Klin. Chir.*, 1900.
SALMANN. — *Thèse Berlin*, 1893.
SCHMID. — *Revue de Chirurgie*, 1890.
-

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 7 avril 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 7 avril 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
